IX kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 234)
z dnia 7 lutego 2023 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 234)

7 lutego 2023 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację na temat ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) – ocena działania systemu, czas oczekiwania.

– propozycje tematów kontroli do planu pracy Najwyższej Izby Kontroli na 2024 r.

W posiedzeniu udział wzięli: **Maciej Miłkowski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikiem, **Anna Jabłońska** główny specjalista w Sekcji Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej i Profilaktyki Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Marlena Połetek-Fudała** doradca prawny w Najwyższej Izbie Kontroli, **Łukasz Jankowski** prezes Naczelnej Rady Lekarskiej ze współpracownikiem, **Małgorzata Zaława-Dąbrowska** przedstawiciel Pracodawców RP, **Wojciech Wiśniewski** ekspert Federacji Przedsiębiorców Polskich oraz **Marek Wójcik** pełnomocnik zarządu Związku Miast Polskich.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Krzysztof Olszewski**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Jakub Stefański** oraz **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Witam członków Komisji. Witam pana ministra. Witam zaproszonych gości.

Szanowni państwo, porządek dzisiejszego posiedzenia Komisji obejmuje dwa punkty. Pierwszy, rozpatrzenie informacji na temat ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – ocena działania systemu, czas oczekiwania. To jest punkt z planu pracy. I drugi, rozpatrzenie propozycji tematów kontroli do planu pracy Najwyższej Izby Kontroli na 2024 r. Tak – podkreślam – tu nie ma pomyłki. Już na kolejny rok po wyborach, ale tak nas poproszono, żeby w tej kadencji ewentualnie takie propozycje były już zgłoszone, chociaż pewnie kolejne będą również zgłaszane.

Jestem też państwu winien jeszcze jedną informację związaną z wczorajszym przerwaniem procedowania Komisji i z dzisiejszą decyzją prezydium. Szanowni państwo, ponieważ ten punkt został zdjęty z porządku dzisiejszego posiedzenia Sejmu i póki co nie wiemy, kiedy będzie wprowadzony, i czy będzie, w związku z tym jednomyślną decyzją prezydium przyjęliśmy następujące rozwiązanie. Nie będziemy na razie wracać do tej ustawy. Jeżeli się okaże, że jest planowana na następnym posiedzeniu Sejmu, czyli w marcu, to wówczas albo w przeddzień wieczorem, albo w dniu posiedzenia rano zajmiemy się tą ustawą. Jeżeli nie będzie w planie pracy w marcu, to oczywiście nie będziemy do tego wracać. Będziemy po prostu reagować na bieżąco, w zależności od planów legislacyjnych.

Pani poseł Skowrońska, rozumiem w sprawie formalnej. Proszę bardzo.

Poseł Krystyna Skowrońska (KO):

Przedłożoną przez pana przewodniczącego propozycję dotyczącą między innymi procedowania nad ustawą o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta można by przyjąć bez uwag, niemniej jednak, moim zdaniem – i myślę, że ciekawość pań i panów posłów z Prawa i Sprawiedliwości będzie równie ważna, jako że wczoraj roz-

mawialiśmy o art. 86 w sprawozdaniu... To pani przewodnicząca Chorosińska zgłosiła taką poprawkę, która nie była w pierwotnym przedłożeniu rządowym. A zatem minister zdrowia nie powiedział, dlaczego między innymi z Narodowego Funduszu zdrowia będą przeznaczane środki na Fundusz Rozwoju Kultury Fizycznej, co kłóci się z zasadą płacenia przez nas, obywateli, składek na świadczenia zdrowotne...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł...

Poseł Krystyna Skowrońska (KO):

Ja wczoraj mówiłam...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł, żeby było jasne, pani rzeczywiście wczoraj długo przedstawiała. Uzyskała pani odpowiedź, która – jak rozumiem – pani nie satysfakcjonowała...

Poseł Krystyna Skowrońska (KO):

Ale ja bym poprosiła...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ale, pani poseł, bądźmy konsekwentni. Nie ma sprawozdania. Pani również głosowała za nieprzyjęciem sprawozdania. Czyli nie mamy sprawozdania i nie mamy również tej poprawki. W związku z tym na razie to pytanie jest bezprzedmiotowe, bo tamto z porządku prawnego zniknęło. Jeżeli to wróci, to wtedy udzielę pani poseł głosu i pani poseł będzie dopytywać. Jeżeli, po pierwsze, wróci ta ustawa, a po drugie, wróci ta poprawka, wtedy oczywiście jak najbardziej. Póki co, ten temat nie istnieje.

Poseł Krystyna Skowrońska (KO):

Ale może da mi pan powiedzieć...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę dokończyć, pani poseł, ale naprawdę...

Poseł Krystyna Skowrońska (KO):

A zatem chciałabym uzyskać odpowiedź od pana ministra, jakie to ratio legis leżało po stronie poparcia na tym etapie poprawki pani poseł Chorosińskiej, która zabierała pacjentom z leczenia a dawała na Fundusz Rozwoju Kultury Fizycznej, bo tego nie otrzymaliśmy. Myślę, że pana przewodniczącego i państwa również zainteresuje takie stanowisko, bo w przedłożeniu tego nie było. Czy pani poseł Chorosińska chciała dla kogoś, czy...?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Nie, nie, pani poseł, bez takich insynuacji, bardzo proszę.

Poseł Krystyna Skowrońska (KO):

No jak to?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Naprawdę, szanujmy się...

Poseł Krystyna Skowrońska (KO):

To każdy może sobie zgłosić 20 mln...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł rozmawia przez telefon, więc nie słyszała tego, co pani powiedziała, a to jest niestety...

Poseł Bolesław Piecha (PiS):

Klasyczna insynuacja.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

...insynuacja z pani strony.

Poseł Krystyna Skowrońska (KO):

Żadna klasyczna. To jest dociekliwość.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł, naprawdę, niech pani się opanuje. Mamy dzisiaj inne tematy do realizacji.

Czy są uwagi do porządku dziennego? Nie widzę zgłoszeń. Stwierdzam zatem, że porządek dzienny został przyjęty. Pochodzimy do jego realizacji.

Oddaję głos panu ministrowi. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo posłowie, witam serdecznie. Materiał został państwu przedstawiony przez Ministerstwo Zdrowia, informacja na temat ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – ocena działania systemu, czas oczekiwania.

Jeśli chodzi o ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, to świadczenia gwarantowane obejmują szeroki zakres czynności wykonywanych przez personel medyczny, głównie personel lekarski, jako porady specjalistyczne lekarskie, które są podzielone na zakresy świadczeń poszczególnych specjalizacji lekarskich, jak również porady pielęgniarskie i porady położnej. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna zawiera również badania diagnostyczne laboratoryjne, również badania obrazowe, zabiegowe procedury ambulatoryjne, świadczenia w chemioterapii oraz inne świadczenia ambulatoryjne i świadczenia wykonywane na rzecz programów lekowych, które są realizowane u świadczeniodawców. W ubiegłym roku przenieśliśmy też świadczenia ambulatoryjne, które mogą być wykonywane w znieczuleniu, powodując odciążenie systemu szpitalnego.

Jeśli chodzi o zakres realizacji przez lekarzy porad specjalistycznych, to porady te obejmują również wydawanie zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne czy konsultacje do innych lekarzy specjalistów lub do leczenia szpitalnego, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty w trybie ambulatoryjnym, a także leczenie uzdrowiskowe, rehabilitację leczniczą lub edukację zdrowotną. Lekarze specjaliści wystawiają różne dokumenty związane z procesem leczenia.

Ten zakres świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej jest finansowany w całości przez Narodowy Fundusz Zdrowia. To finansowanie cały czas się zwiększa. Głównie związane jest to ze zmianami cen świadczeń zdrowotnych przecenianych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jak również według taryfikacji wykonywanych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Przez ostatnie 2 lata jednakże, pomimo wielu zmian związanych ze zwiększeniem finansowania świadczeń zdrowotnych, widzimy, że liczba leczonych pacjentów, jak również liczba zrealizowanych świadczeń nie jest istotnie wyższa. Te świadczenia – tak jak powiedziałem – rosną w związku z wyceną, ale liczba świadczeniodawców – tak jak państwo dostali materiały – jest w miarę ta sama, ponad 5 tys. świadczeniodawców, 6 tys. umów i ponad 15 mln pacjentów przyjętych w ambulatoriach, poradniach i ponad 3 mln świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych, głównie tomografii, rezonansu magnetycznego.

Świadczenia te od 2021 r. w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej zostały uznane jako przysługujące świadczenia nielimitowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. To znaczy, że świadczeniodawca, który je wykonuje ponad wartość umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, po zakończonym okresie rozliczeniowym ma możliwość wystąpienia i otrzymania środków za zwiększone nadwykonania. Oczywiście sytuacja jest trochę inna w przypadku świadczeń pediatrycznych, bo te dodatkowe świadczenia są finansowane ze środków Funduszu Medycznego.

Jeśli chodzi o istotne zmiany, które w ostatnim okresie były wykonane, to zmieniliśmy kilka rozporządzeń, które zmieniają koszyki świadczeń gwarantowanych. Zwiększyliśmy liczbę świadczeń gwarantowanych. Jak już powiedziałem, w przypadku tomografii i rezonansu jest możliwość wykonania tych świadczeń również w trybie ze znieczuleniem. Jest to szczególnie istotne w przypadku dzieci. Jest również możliwość wykonania kolonoskopii ze znieczuleniem, które wcześniej – tak jak powiedziałem – było możliwe wyłącznie w trybie leczenia szpitalnego, podczas gdy kolonoskopia bez znieczulenia była wykonywana w trybie ambulatoryjnym.

Jeśli chodzi o wykaz świadczeń gwarantowanych, dodaliśmy procedury z zakresu diagnostyki hematologicznej, żeby w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej można było wykonać większość wstępnego procesu diagnostycznego. Zmieniliśmy również to,

żeby cały ten proces w przypadku chorych na hemofilię i inne pokrewne skazy krwotoczne mógł być wykonywany w ramach AOS. Na początku ubiegłego roku wprowadziliśmy rezonans magnetyczny piersi. Jest to badanie bardzo wysokiej czułości w celu wykrywania raka piersi. Również znacząco pracujemy nad rozszerzeniem badań genetycznych.

W ubiegłym roku, w drugiej połowie, zostały wprowadzone 3 zakresy świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej nad pacjentami wysokiego ryzyka zachorowania na raka piersi, raka jajnika, raka jelita grubego, błony śluzowej, siatkówczaka. Te zakresy obejmują podstawowe badania genetyczne, jak również specjalistyczne badania genetyczne i prowadzenie pacjentów, którzy są chorzy, przez specjalistów.

I najnowsze rzeczy. Rozszerzyliśmy badania – nadzór telemetryczny nad pacjentami z urządzeniami wszczepialnymi w zakresie kardiologii. Te świadczenia były realizowane w niektórych ośrodkach już wcześniej, ale wprowadzenie systemowe, całościowe, zmniejszy w tym zakresie napór, liczbę świadczeń wykonywanych w trybie ambulatoryjnym dla pacjentów kardiologicznych.

Jeśli chodzi o taką główną rzecz, nad którą pracujemy w szczególności, to w ubiegłym roku wprowadziliśmy budżet powierzony dla podstawowej opieki zdrowotnej, gdzie wyodrębniliśmy możliwość zdecydowanie większej liczby badań diagnostycznych laboratoryjnych, które do tej pory nie były wykonywane. Są to na przykład holter EKG czy echo serca, jak również USG kończyn dolnych czy zdecydowanie większy pakiet badań laboratoryjnych, jak również współpraca z lekarzem specjalistą w celu skonsultowania swoich pacjentów. Celem było właśnie zmniejszenie wystawianych skierowań do lecznictwa ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, żeby pacjent mógł być leczony w jednostkach chorobowych, które nie wymagają prowadzenia przez specjalistę i ten czas oczekiwania do specjalisty był krótszy.

Wszystkie te prace zmierzają w tym kierunku, aby dostęp do specjalisty był jak najszybszy, jak najsprawniejszy. Tak jak powiedziałem, to finansowanie bezlimitowe, jak również zwiększenie kompetencji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Staramy się też skracać czas hospitalizacji. Nawet do jednego dnia skracać hospitalizacje, które wymagają wielokierunkowego ustawienia rozpoznania, podczas których pacjent w czasie jednego dnia może otrzymać badania inwazyjne lub nieinwazyjne po to, żeby jak najszybciej go zdiagnozować i ewentualnie rozpocząć leczenie operacyjne czy farmakoterapię właściwą lub przekazać pacjenta do kontynuacji leczenia do podstawowej opieki zdrowotnej.

To są takie główne elementy, które chcieliśmy przedstawić. Jesteśmy gotowi do dyskusji. Jesteśmy tu w skaldzie, który jest w stanie odpowiedzieć na wszelkie pytania.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Otwieram dyskusję. Bardzo proszę, pan poseł Hardie-Douglas.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Mam dosłownie kilka drobnych pytań, jeżeli chodzi o działalność AOS. Po pierwsze, chciałbym spytać, czy państwo rozważacie to, aby do poradni chirurgii onkologicznej, podobnie jak do poradni onkologicznej, nie trzeba było mieć skierowania. Dzisiaj jest rozróżnienie. Poradnia chirurgii onkologicznej jest traktowana jako poradnia chirurgiczna, natomiast spektrum działania tej poradni de facto prawie się nie różni od poradni onkologicznej, poza tym, że przyjmują tam chirurdzy onkolodzy, podobnie jak zresztą w poradniach onkologicznych, gdzie też mają prawo przyjmować chirurdzy onkolodzy. To powoduje zupełnie niepotrzebny bałagan. Prosiłbym więc bardzo o to, żeby to rozważyć.

Druga sprawa, dotycząca rozliczeń wizyt w poradniach, między innymi w poradni onkologicznej. Istnieje w Polsce kilka poradni, do których nie trzeba mieć skierowań, między innymi do poradni onkologicznej. Powoduje to oczywiście... Ja bardzo to pochwalam, żeby było jasne. Uważam, że tak właśnie powinno być – bardzo upraszcza to dostanie się pacjenta do poradni onkologicznej, aczkolwiek czasami wydłuża kolejkę – ale w związku z tym lekarz, który przyjmuje w poradni onkologicznej, trafia na pacjentów, którzy nie mają skierowania i oni niekoniecznie mają chorobę onkologiczną. W związku

z tym istnieje potem pewien problem naciągania tych ICD10, przy czym w rozporządzeniu ministra jest ściśle określone, w jaki sposób można rozliczyć poradnie w AOS.

Na przykład w poradni onkologicznej mogą to być tylko od C00 do D48, od N60 do N6. To są oczywiście nowotwory złośliwe lub niezłośliwe, lub też inne zaburzenia sutka. Natomiast, co zrobić z pacjentami, którzy przychodzą do poradni onkologicznej bez skierowania, a po zbadaniu okazuje się, że mają zupełnie inną chorobę, której nie można w żaden sposób zakwalifikować ani od C00 do D48 albo do tego drugiego – inne choroby sutka. Prosiłbym, aby to umożliwić, żeby lekarze nie musieli wymyślać jakichś kruczków, żeby rozliczyć poradę, która się odbyła, tylko po prostu mogli wpisać numer taki, jaki wynika z rozpoznania.

I trzecia, już zupełnie drobna sprawa. Staram się tutaj swoją rzecz załatwić w jakiś sposób, ponieważ w poradniach, w których pracuję – kilku różnych – muszę czasami wystawiać druki na zaopatrzenie ortopedyczne. Już do państwa się zgłaszałem, chciałem taką drogą nieoficjalną, żeby ktoś tym się zajął. Do niedawna, żeby wystawić zaopatrzenie ortopedyczne, to na jednej stronie odręcznie wypełniało się dosłownie 4 rubryki, co trwało od 15 sekund do 20, na przykład na protezy piesi. Dzisiaj trzeba to wypełnić elektronicznie. Z tego, co pamiętam, są to 4 strony. Zajmuje to mniej więcej 10 minut, jest zupełnie bez sensu.

Prosiłbym więc, żeby w Polsce, gdzie jest w tej chwili problem z małą liczbą lekarzy, naprawdę starać się odciążać nas od pracy biurowej, a nie jej dodawać. To jest typowy przykład... Informatyzowanie medycyny idzie w bardzo dobry kierunku – i tutaj jest państwa zasługa, również waszej działalności w czasie ostatnich 7 lat – jednak niektóre pomysły są nietrafione, i tak na przykład jest właśnie z tym zaopatrzeniem ortopedycznym. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pan przewodniczący Hoc, bardzo proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Ja będę miał pytanie do pana ministra – może refleksję, konstatację taką – dlaczego tak jest, bo zwracamy uwagę, że praktycznie wykonaliśmy wiele działań, które wydawać by się mogło, że całkowicie poprawią dostępność do AOS-u, do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej... Po pierwsze, od lipca 2021 r. bezlimitowe finansowanie świadczeń lekarzy specjalistów. Wszyscy lekarze specjaliści mają praktycznie nieograniczoną liczbę wizyt. Czyli za każdą wizytę jest płacone. To była wręcz rewolucja w 2021. Jako lekarze specjaliści odebraliśmy to, że naprawdę będzie zwiększona dostępność i będzie też poprawiona jakość.

Po drugie, zwiększono wycenę świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, i to dwukrotnie – w lipcu 2020 r. i w styczniu 2021 r. Czyli nie dość, że daliśmy bezlimitowe świadczenia opieki specjalistycznej, zwiększyliśmy dwukrotnie wycenę świadczeń... Wprowadziliśmy e-skierowania, centralną rejestrację – wydawać by się mogło, że wtedy ograniczymy jakby fałszywe czy pozorne rejestrowanie albo rejestrowanie w kilku miejscach. Wprowadziliśmy opiekę koordynowaną w podstawowej opiece zdrowotnej – to jest naprawdę zmiana przełomowa w aspekcie szybszego, skuteczniejszego diagnozowania i leczenia chorób przewlekłych. Przecież do kardiologa, endokrynologa, diabetologa, pulmonologa a nawet alergologa mamy...

Możemy tym wszystkim zaopiekować się w podstawowej opieki zdrowotnej, bo poszerzono również listę badań diagnostycznych, co pan minister mówił. Pakiet badań diagnostycznych w kierunku chorób tarczycy – wszystkie przeciwciała tarczycowe, EKG metodą Holtera, również EKG wysiłkowe, USG Dopplera kończyn dolnych, USK serca, czyli echo serca. Prowadzimy naprawdę bardzo konkretne działania, które powinny automatycznie zwiększyć przede wszystkim dostępność i skrócić kolejki. Niestety, te kolejki nie skracają się mimo to, że naprawdę zrobiliśmy bardzo wiele.

Panie ministrze... Nie mówiłem jeszcze o Krajowej Sieci Kardiologicznej – przepiękna kwestia w aspekcie chorób układu naczyniowego serca i incydentów sercowo-naczyniowych. Dlatego, panie ministrze, taka konstatacja albo refleksja. Dlaczego tak jest? Tyle zrobiliśmy. Wydawać by się mogło, że te wszystkie badania obrazowe... Przecież teraz tomograf komputerowy, rezonanse magnetyczne mamy praktycznie bezlimitowe,

za każdy płacimy, a mimo to ta kolejka nie skraca się i ta dostępność jest cały czas pod wielkim znakiem zapytania. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Teraz w kolejności pan przewodniczący Wójcik, później pani poseł. Bardzo proszę.

Pełnomocnik zarządu Związku Miast Polskich Marek Wójcik:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Wysoka Komisjo, panie ministrze, ja chciałbym zauważyć, nawiązując też do wypowiedzi pana posła, przedmówcy, że wiele rzeczy udało się zrealizować w ostatnich latach i przede wszystkim ważna jest ta kwestia bezlimitowa. Chcę jednak państwa prosić po pierwsze, o to, żeby w tej kwestii wykonać kilka przedsięwzięć, które mogą zmienić ten obraz i skrócić tę kolejkę.

Nie wiem, czy państwo wiecie, że lekarze, którzy realizują świadczenia z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, mają umowy, z których wynika, że powinni mieć wypłacane świadczenia w okresach kwartalnych. Niestety, praktyka jest dokładnie inna. Płaci się co najmniej za pół roku. W związku z tym w lutym – jesteśmy w lutym 2023 r. – świadczenia wykonywane przez lekarzy AOS w lipcu jeszcze nie są opłacone. Pokazuję państwu, z jakim opóźnieniem następuje płatność.

Co to wywołuje? Podmioty lecznicze zatrudniające lekarzy AOS de facto kredytują wszystko przez wiele miesięcy. To niestety przekłada się na tę kolejkę, o której mówił przed chwilą pan przewodniczący Hoc.

Otóż, jak państwo sami wiedzą, jest niezwykle trudno znaleźć lekarzy specjalistów i zatrudniać ich w podmiotach publicznych. Oni mają doskonałe warunki w podmiotach prywatnych. Jeżeli jest tak, że podmiot publiczny chce zatrudnić tego lekarza, znajdzie go jeszcze, a do tego musi kredytować działalność, to niestety jest mniejsza mobilizacja do tego, żeby kredytując tak długo tych lekarzy zatrudniać ich na dużą skalę.

Powiem państwu, że to przekłada się na konkretne liczby. Jak państwo wiecie, ja nie zwykłem opowiadać o mitach, tylko mówię na podstawie faktów. Otóż, po pierwsze, jeżeli chodzi o liczbę świadczeniodawców AOS, to pomiędzy 2017 a 2021 r. ich liczba spadała o 9,4%. W 2017 r. 6054, w 2021 r. 5487. Ja to analizuję z roku na rok i powiem państwu, że w ciągu ostatnich trzech lat – tylko ostatnich trzech lat – w Lubuskiem o 0,1, na Warmii i Mazurach 8% spadku liczby świadczeniodawców. Duże problemy są też na Śląsku, Dolnym Śląsku, w Wielkopolsce, w województwie łódzkim. Czyli w AOS spada liczba świadczeniodawców mających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, i to spada znacząco.

Jedną z przyczyn tego – moim zdaniem – są te opóźnienia w płatności. Cieszę się i raz jeszcze to podkreślam, że bardzo dobrze, że nie ma limitów, natomiast niestety, jeżeli nie będzie płatności na bieżąco, a przynajmniej raz na kwartał, chociaż wydaje mi się, że w tej kwestii nie ma żadnych przeszkód, aby lekarze, czy podmioty lecznicze – przepraszam, bo to czasem nie są tylko osoby wykonujące zawód medyczny – rozliczały się w cyklu miesięcznym. Według mnie znakomicie to zmobilizuje do aktywności.

Zresztą chciałbym też zapytać, jeżeli jest ktoś z Narodowego Funduszu Zdrowia, a raczej chyba nie, dlaczego Narodowy Fundusz Zdrowia nie płaci na bieżąco tak jak powinien, jak wynika z umów, co najmniej na kwartał. To przekłada się na liczbę świadczeń.

Chcę też powiedzieć, że mamy wzrost między rokiem 2020 a 2021 – jak tu pan minister mówił – ale w 2021 r. świadczeń z zakresu AOS było 79 mln, a drodzy państwo, w poprzednich latach, w 2016 – 89, 2019 – 85, o 10 mln więcej. Czyli jeszcze jesteśmy daleko od tej liczby świadczeń, która nas nie zadowalała pomiędzy latami 2016-19. To było osiemdziesiąt parę milionów, a teraz mamy siedemdziesiąt parę. Nie dotarliśmy jeszcze do tej liczby. I wracam do tego wątku – być może kwestia finansowania tych świadczeń ma duże znaczenie, metodologia finansowania.

Na koniec chciałbym jeszcze zapytać o pewien element… A propos finansowania, jeszcze gorzej jest z rehabilitacją. W rehabilitacji płacone są tylko jedynki dla osób niepełnosprawnych i tutaj kredytowanie wynosi ponad 12 miesięcy, bo płaci się raz w roku. To nie jest w porządku.

Teraz nawiążę jeszcze do jednego wątku dotyczącego świadczeń z AOS, a mianowicie procedur zabiegowych. Byłbym niezwykle wdzięczny, gdyby pan minister zechciał

przedstawić trochę więcej informacji na temat tych procedur zabiegowych, bo zmierzamy w dobrą stronę odciążenia lecznictwa szpitalnego na rzecz chociażby procedur jednodniowych realizowanych przez szpitale, ale część z tych procedur może być realizowana także w ramach AOS. Jest pytanie, czy w tej kwestii odnotujemy jakiś postęp i czy jest szansa na to, żeby zmobilizować AOS do tego, aby tych procedur zabiegowych realizowała więcej.

I może jeszcze jedna, ostatnia rzecz na linii POZ i AOS. Mamy w tej chwili pilotaż tej opieki koordynowanej w POZ i jeżeli chcemy usprawnić działanie systemu, to też powinniśmy zlikwidować elementy, które powodują, że lekarze POZ nie chcą wchodzić w tę opiekę koordynowaną, a dotyczy to specjalistyki.

Jeżeli lekarz POZ, który często ma więcej specjalizacji niż tylko z zakresu medycyny rodzinnej, chce pomóc pacjentowi w sprawach takich zupełnie oczywistych, zaordynować mu pewne przedsięwzięcia, pewne leczenie, które jest z zakresu AOS, to nawet jeżeli to zrobi, to tak czy inaczej pilotaż wymaga od niego, aby dwa razy w roku wystawiał skierowanie do specjalisty, zupełnie niepotrzebnie. W takich podstawowych kwestiach, w przypadku których można byłoby uniknąć wizyty u specjalisty, mądry lekarz POZ, który w tej kwestii mógłby zaordynować leczenie, mówi „gdy wejdę w opiekę koordynowaną, to tak czy inaczej jeśli zaordynuję leczenie muszę dwa razy w roku wysyłać mojego pacjenta na konsultacje u specjalisty”. To być może także niepotrzebnie wydłuża kolejkę, więc ośmieliłem się o tym powiedzieć. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Skowrońska, proszę.

Poseł Krystyna Skowrońska (KO):

Po wystąpieniu pana przewodniczącego Hoca, który stwierdził, że kolejka się nie skraca, po wystąpieniu pana Marka Wójcika reprezentującego między innymi stowarzyszenie samorządowców, uprzejmie proszę o udzielenie na te pytania odpowiedzi na piśmie, dlatego że kiedy miałam zabierać głos, zanim zabrali go moi przedmówcy, brakowało mi w tym materiale jednej rzeczy. Brakowało mi diagnozy i brakowało odpowiedzi, jaki jest problem. Ten materiał był chwaleniem się – zwiększyliśmy pieniądze, żadnych problemów nie widzimy, ale niestety, w rzeczywistości tak nie jest.

Gdybyśmy potraktowali się bardzo rzetelnie w dzisiejszej rozmowie, to moglibyśmy sobie odpowiedzieć. A zatem, moje pytanie. Czy państwo w resorcie zdrowia macie pełną analizę, jak wygląda kolejka do poszczególnych specjalistów w opiece ambulatoryjnej? Jakie działania państwo zamierzacie podjąć i kiedy, bo w tej chwili z tego materiału nic nie wynika? To jest takie... Z tego dla państwa przewodniczących, którzy chcieliby się zająć tym tematem rzetelnie, nie wynika nic, żeby formułować pewne zadania. A dla nas w Komisji Zdrowia powinno być najważniejszą rzeczą, czy i jak możemy poczekać albo co powinniśmy zrobić, aby było lepiej. Na takie pytania ten materiał, niestety, ale nie odpowiada. Raz jeszcze podpisuję się pod tym – nie chciałabym powtarzać za dwoma moimi przedmówcami, przewodniczącym Hocem i panem Markiem Wójcikiem.

I ostatnia rzecz dotycząca wypłaty za świadczenia AOS, to podniesiona między innymi terminowość realizacji zapłaty. Na przykład, aptekom w okresie COVID-u płacono refundowane środki w okresach miesięcznych. Żadnym nadzwyczajnym wnioskiem z tego posiedzenia Komisji nie powinno być, że nie co pół roku, a co miesiąc. Dlaczego?

Po pierwsze, macie państwo na tyle dużo służb i zatrudnianych dodatkowych osób w funduszu, i nadzorujący minister... Płynność funduszu jest zabezpieczona. Czyli jest kasa. Ona nie ma leżeć. Ona ma iść do świadczeniodawców. Przez to państwo nie będziecie... W sytuacji takiej, w jakiej jesteśmy, przy tak wysokiej inflacji, to powinno być zadaniem i warunkiem sine qua non każdej umowy.

Mam przed sobą pana ministra, który jest finansistą. Dlatego zwracam się do pana ministra. Podejmijcie państwo pilne działania. Ja uważam, że można byłoby odwrotnie płacić, ale okres dwóch miesięcy to jest maksymalny termin, w którym powinno nastąpić sprawdzenie i zapłacenie świadczeniodawcy. O to wnoszę i myślę, że wydźwięk...

Ja bym chciała, żeby Komisja sformułowała dezyderat, że w kontekście przedstawionego materiału resort powinien pokazać przynajmniej dwie rzeczy – jak wyglądają

kolejki i jakie są rozwiązania, nadto, żeby płacono za świadczenia w AOS w okresach 60-dniowych. Faktury VAT można rozliczyć w resorcie finansów w okresie 25 dni, i taki jest termin, a w tym przypadku jest to należne świadczenie z umowy, pieniądze są kierowane do określonego adresata. Państwo by mieli dużo spokoju i dużo więcej chęci ze strony podmiotów, które świadczą te usługi. O taką rzecz apeluję, żebyśmy to jako wniosek z tego posiedzenia Komisji, szanowni panie przewodniczący, przyjęli. Myślę, że nie jest to kontrowersyjne dla nikogo. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. To, czy coś jest kontrowersyjne czy nie, okaże się pewnie dopiero później, bo diabeł tkwi w szczegółach. Natomiast ja myślę, że po to dyskutujemy, żeby pewnych rzeczy dodatkowo się dowiedzieć i żeby na pewne rzeczy zwrócić uwagę panu ministrowi już teraz, niekoniecznie później na piśmie. Bardzo proszę, pan poseł Hok.

Poseł Marek Hok (KO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, Narodowy Fundusz Zdrowia jest zobligowany do tego, żeby raz na kwartał pokazywać, jakie są kolejki do AOS, a w tej informacji, którą otrzymaliśmy, takiego zapisu nie ma. Powiem szczerze, że bardzo rzadko zgadzam się z opiniami pana posła Hoca, mojego kolegi, lekarza z Kołobrzegu, ale w tym wypadku rzeczywiście wydłużanie się kolejek jest niepokojące, tym bardziej, że nakłady teoretycznie się zwiększają.

Po drugie, mam pytanie dotyczące już konkretnej sprawy, poradni urologicznej. Rak gruczołu krokowego to najczęstszy nowotwór u mężczyzn, zwłaszcza po 60 r.ż. Jest taka propozycja, sugestia – wielokrotnie o tym rozmawialiśmy – żeby może do poradni urologicznej nie było konieczne skierowanie od lekarza POZ, ponieważ zgłaszalność mężczyzn z wielu powodów jest bardzo ograniczona, a jeżeli już, to trafiają pacjenci z mocno zaawansowaną chorobą nowotworową. Myślę, że gdyby to była kolejna poradnia bez skierowania, to ta zgłaszalność może byłaby inna i większa. Takie też są głosy ze środowiska urologów i ze środowiska pacjentów z organizacji pacjenckich.

Tak więc, czy Ministerstwo Zdrowia rozważa zwolnić kolejną poradnię z obowiązku posiadania skierowania. Myślę, że w tym wypadku rak gruczołu krokowego, choroba najczęstsza u mężczyzn, zasługuje na to, żeby jednak taką diagnostykę można było wcześniej wprowadzić. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pani poseł Płonka, proszę.

Poseł Elżbieta Płonka (PiS):

Dziękuję bardzo. Z praktyki głos w dyskusji, ponieważ POZ to jest właśnie to doświadczenie, które ja mam, a AOS, to jest poziom współpracy.

Polacy z poprzednich wielu dziesiątków lat, z czasów PRL-u, przyzwyczajeni do chodzenia do specjalistów... To jeszcze pokutuje, dlatego że poziom specjalisty traktują jako wyższą wiedzę niż lekarza rodzinnego, czy lekarza POZ, czy lekarza pierwszego kontaktu. Z tego powodu jest duży problem edukacji.

Przykład lekarza rodzinnego w Holandii, jego umiejętności – to jest też temat, jak powinna funkcjonować POZ, jak ją jeszcze poprawić. Dostęp do specjalistów w Holandii jest... Lekarz rodzinny nie daje tak szybko skierowania, z tego co ja wiem od pacjentów, bo ci nasi pacjenci, którzy wyjeżdżają do tych krajów, dzwonią potem do nas i opowiadają, jak funkcjonuje ta podstawowa opieka zdrowotna w innych krajach, a jak u nas.

Jest nam to trudno teraz regulować, bilansować, dlatego też są kolejki z tego powodu – to raz – i zachorowalność i chorobowość jest inna w naszym kraju w porównaniu z tymi krajami stabilnymi, które nie przechodziły różnych przemian, ale też nie mają i nie miały tak wielu problemów jak nasz kraj w okresie PRL. Dlatego też jest trudno ustawić taką optymalną opiekę specjalistyczną w AOS dla pacjenta. To jest bardzo trudne, tym bardziej, że specjaliści wyczuli rynek prywatny i idą w kierunku podobnym do stomatologii. Po prostu przyjmują na rynku prywatnym, ale on też jest coraz trudniejszy ze względu podstawowego – brak jest tylu lekarzy. Ciągle brak lekarzy w POZ, brak lekarzy w AOS i brak specjalistów.

Myślę, że to też obija się o system kształcenia lekarzy i dostęp do specjalizacji. Na to więc bym zwracała uwagę panu ministrowi, żeby spojrzeć też na ten start tych, którzy chcą zostać lekarzami – jak szybko tymi lekarzami zostają, jak szybko dostają uprawnienia i jaki jest dostęp do specjalizacji, bo w końcu zostanie taka linia podstawowa opieka zdrowotna i szpital, a ambulatoryjna opieka specjalistyczna będzie się kurczyć. Musimy tutaj wszyscy poszukiwać rozwiązań, dlatego że one nie są proste z powodu płacenia, dostępu, limitów, ale też pewnych zwyczajów i oczekiwań – pacjenci bardzo chętnie, jeśli muszą, to korzystają z prywatnej opieki specjalistycznej. W związku z tym kolejka do prywatnych specjalistów też jest duża. Nie jest to takie proste dostać się do kardiologów, urologów czy do innych specjalistów.

Dlatego musimy od startu do końca, od początku poziomu uzyskiwania świadczeniodawców, patrzeć na ten system jak go usprawnić. Jednak on nigdy nie będzie fantastyczny, optymalny, ponieważ – pierwsza rzecz – lekarz, wykształcenie lekarza, szybki dostęp do zawodu, umiejętności, to jest rzecz najtrudniejsza i od tego zależy całość opieki zdrowotnej. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Nie ma dalszych zgłoszeń, więc pozwolą państwo, że ja również zabiorę głos.

Ja myślę, że nie ma tutaj – w moim przekonaniu – jednoznacznej diagnozy, jednoznacznej oceny. Z jednej strony, zwiększyliśmy nakłady, i to jest poza dyskusją, znieśliśmy limity, i to też jest poza dyskusją. Oczywiście postulat, aby częściej rozliczać, częściej płacić, na przykład raz na kwartał, wydaje się zasadny. Natomiast tak naprawdę my problemu AOS i kolejek w AOS nie rozwiążemy dopóty, dopóki na trochę innej zasadzie niż jest teraz nie zacznie funkcjonować podstawowa opieka zdrowotna. Ta opieka koordynowana daje na to szansę, te nowe zadania. Mówię o pewnych zadaniach, które będą w POZ realizowane i za które będą dodatkowe pieniądze. No, ale zobaczymy w praktyce, jak to będzie, bo na razie jest to jednak realizowane w formie pewnego pilotażu.

Szanowni państwo, mówiąc wprost – dopóki do AOS nie będą trafiać wyłącznie ci pacjenci, którzy tam powinni trafić dlatego, że tam powinni być prowadzeni i tylko może czasami będzie się odbywać albo droga w jedną stronę, czyli lekarz rodzinny i bieżące kontrolowanie, albo, niestety, lecznictwo zamknięte, jeżeli ten pacjent będzie tego wymagał, lub pacjenci, którzy wymagają ewentualnie tylko konsultacji... Czyli lekarz rodzinny prowadzi, ma te 80-90% obciążenia, jeżeli chodzi o prowadzenie danego pacjenta, to jest w POZ i tylko w przypadku, kiedy raz na jakiś czas trzeba dokonać być może pewnej korekty, konsultacji, trafia do specjalisty.

Jeżeli do tego nie doprowadzimy, to zawsze będą kolejki w AOS i pacjenci będą się mieszać. Ci, którzy tam powinni trafić i – tak jak powiedziałem – z tych dwóch powodów powinni tam być, z tymi, którzy tam nie powinni w ogóle trafić. Po prostu na starcie otrzymali skierowanie a to do kardiologa, a to do neurologa, a to od nie wiem, kogo jeszcze, w zasadzie bez wcześniejszej oceny, czy rzeczywiście wymaga konsultacji specjalistycznej i czy można go prowadzić, diagnozować w POZ. Tak to wygląda i musimy to przyjąć do wiadomości.

To jest oczywiście związane z pewną budową czy też może i przebudową systemu – jak rozumiem – ponad podziałami politycznymi, bo od tego jesteśmy, żeby takie sprawy rozwiązywać. Mówimy o tym, szanowni państwo, od lat. Mówiliśmy o tym w sytuacjach, kiedy były limity, kiedy nie było 6% PKB, tylko mniej. Teraz tych pieniędzy jest więcej, to znaczy nie ma limitów, limity zostały zniesione, a problem cały czas jest. Tak to oczywiście interpretuję. To jest moja interpretacja. Podejrzewam, że chyba większość z państwa, zwłaszcza lekarzy, podziela tę interpretację, chociaż oczywiście kadra medyczna też jest dodatkowym problemem. Jeżeli więc będziemy mieli więcej specjalistów, to oczywiście ta sytuacja się poprawi, ale nie poprawi się na tyle, na ile moglibyśmy to uzyskać, gdyby spełnił się ten warunek, o którym powiedziałem przed chwilą.

To tyle z mojej strony. Nie widzę dalszych zgłoszeń. Panie ministrze, bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Dziękuję bardzo serdecznie. Pan poseł Hardie-Douglas pytał o poradnię chirurgiczną o typie onkologicznym, że jest niezbędne skierowanie. Pan poseł w ogóle podjął kilka

ciekawych wątków. Pierwszy wątek, to właśnie ten, czy jest konieczność skierowania, ponieważ do poradni onkologicznej nie ma. Jest kilka takich poradni, nad którymi cały czas się zastanawiamy, czy to wdrożyć.

Są to co najmniej trzy poradnie. Mamy zgłoszenie od konsultanta krajowego do spraw okulistyki. Są prace, żeby były dwa typy poradni okulistycznej, na przykład rejonowej i okulistycznej przyszpitalnej, która kwalifikuje pacjenta do zabiegów czy programu lekowego do poszczególnych typów, których nie da się wykonać w trybie poradni rejonowej tak zwanej.

Druga informacja, to głos środowiska pacjenckiego i właśnie urologia, o której pan poseł Hok mówił. To też traktowanie urologa jako lekarza medycyny rodzinnej w zakresie mężczyzn w pewnym wieku, żeby tam się udawali. Na ten temat też rozmawiamy. To oczywiście jest zmiana ustawowa, bo w ustawie o świadczeniach gwarantowanych jest wymienione, do których specjalistów nie jest wymagane skierowanie, ponieważ do pozostałych jest. Oczywiście nie ma tego zapisu, że do specjalisty wystawiamy skierowanie wówczas – tak jak jest w lecznictwie szpitalnym – jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty w trybie umiejętności i kompetencji lekarza medycyny rodzinnej i tu jest ten bardzo szeroki zakres – co pan poseł Latos mówił – że lekarz specjalista powinien zajmować się wyłącznie tymi przypadkami, które nie mogą być ze względów medycznych w kompetencji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

No i różnie to wygląda właśnie przy tym bezlimitowym płaceniu za ambulatoryjne porady specjalistyczne – różni lekarze różnie podchodzą do leczenia pacjentów i niektórzy raz do roku widzą, że jest konieczność monitorowania stanu pacjenta. Na przykład przy wadach serca, przy jakichś tętniakach jest monitorowanie systemowe. Jednak niektórzy monitorują pacjenta w przypadku nadciśnienia tętniczego co 3 tygodnie, bo to jest bardzo prosty pacjent i trudno jest nam zakwestionować zasadność skierowania lekarskiego do kolejnego monitorowania. Myślimy, żeby w niektórych przypadkach płacić częściej... Mamy część świadczeń KAOS – kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – gdzie jest finansowany proces leczenia różny i lekarz otrzymuje roczny ryczałt na diagnostykę i porady, i w większym zakresie będziemy próbowali to zmienić.

Oczywiście my monitorując listę oczekujących monitorujemy skierowania, a gdy nie ma skierowań, to nie monitorujemy list oczekujących. Przy e-skierowaniu monitorowanie czasów oczekiwania jest zdecydowanie prostsze, bo automatycznie cała sprawozdawczość się zbiera i przy tej części trochę tego byśmy stracili. Jeśli pacjent zapisując się nie może zidentyfikować się skierowaniem, to trudniej ustalać listy oczekujących.

Temat, który wspomniał pan poseł Hardie-Douglas. Rozmawialiśmy tu z panem dyrektorem Michałem – być może wytyczne do Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie katalogu AOS, bo mamy z tym problem. Pacjent jest chory, objawy kliniczne ma i jest skierowanie od lekarza POZ, żeby potwierdzić daną chorobę – cukrzyca to nie, ale jakby trudniejsze schorzenia – i okazuje się po badaniu, że pacjent jest zdrowy i trudno mu wpisać nawet bardzo trudne jednostki chorobowe, stwardnienie rozsiane czy jakieś inne. Nie można wpisać od razu jednostki chorobowej, tylko poradę w kierunku obserwacji danej jednostki chorobowej. Być może w tym zakresie do wszystkich poradni należałoby wprowadzić taką możliwość rozliczenia.

Jeżeli chodzi o druki na zlecenia ortopedyczne, to teraz pracujemy nad zmianą zasad wystawiania zleceń na wyroby medyczne. Są plany, że 1 lipca wejdzie zmiana w tym zakresie i spróbujemy to ułatwić.

Pytanie pana posła Hoca, dlaczego, jeśli jest tyle zmian, to nadal nie jest lepiej – oczywiście dobrych zmian. Wiele osób skorzystało, ale być może faktycznie część osób częściej jest przyjmowanych. Nad tym chyba będziemy pracowali, bo pani poseł Skowrońska też prosi o wnioski, o zmianę.

Pracujemy nad zwiększeniem dostępności poprzez przekazywanie pacjentów do leczenia specjalisty medycyny rodzinnej, bo pani poseł Płonka mówiła, że Polacy są przyzwyczajeni być leczeni u specjalisty, a specjalista medycyny rodzinnej nie jest uważany za specjalistę. Tu w ogóle jest błąd. Lekarz medycyny rodzinnej jest lekarzem specjalistą. Ma zdecydowanie najszerszy zakres kompetencji w swojej specjalizacji. Tak więc, chyba nad tym będziemy jeszcze pracowali.

No i rozszerzenie procedur zabiegowych. W połowie Europy wiele porad zabiegowych w trybie ambulatoryjnym jest traktowanych jako ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Zastanawiamy się, czy tego nie zrobić w Polsce. Na przykład, istotnie kosztową procedurą jest zabieg zaćmy. Czechy w 100-procentach traktują to jako poradę ambulatoryjną i wszystkie koszty z tym zawiązane są realizowane w trybie ambulatoryjnym. I wiele rzeczy, które są właśnie w hospitalizacjach jednego dnia, wiele państw traktuje jako ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. To by realizowało też nasze zmiany związane z przeniesieniem budżetu z lecznictwa szpitalnego do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Znaczący budżet byłby wówczas przeniesiony, co jest naszym celem,. Poradnie przyszpitalne mogłyby właśnie w tym zakresie dobrze zarabiać.

Oczywiście nieprawdą jest, że co 2 miesiące się rozliczamy, bo apteki od 1999 r. zawsze rozliczają się w trybie 14 dni. Mają bardzo jasny układ – 14 dni rozliczenie... To znaczy dwa razy w miesiącu sprawozdanie z rozliczonych recept i termin płatności wszystkich faktur NFZ to nie dłużej niż 14 dni od daty złożenia sprawozdania. To sprawozdanie jest przekazywane do 10 dnia każdego miesiąca za poprzedni miesiąc, ale od siedmiu lat jest możliwość częściowej zapłaty i część szpitali korzysta, w szczególności w dużych umowach, że daje rozliczenie dwa razy w miesiącu czy trzy razy w miesiącu po to, żeby otrzymać wcześniej płatność.

NFZ płaci właściwie przed terminem. Rzadko płaci w terminie 14 dni. Był okres w czasie COVID-u właśnie dla świadczeniodawców aptecznych, że były szybsze terminy płatności, ale teraz też NFZ stara się płacić bardzo szybko.

Proszę wiedzieć, że w systemie gospodarczym termin płatności 14 dni czy 10 dni to nie jest dużo i w większości przypadków za każdą fakturę, która jest płacona bezgotówkowo, jest termin 30-dniowy. Szpitale płacą czasami nawet w 60 dni za swoje usługi. I to chyba tyle. Oczywiście odpowiemy na piśmie, tak jak pani poseł prosiła, na te pytania.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. To tyle, jeżeli chodzi o rozpatrzenie tego punktu. Nie widzę innych zgłoszeń. W związku z tym zamykam rozpatrywanie pkt 1.

Przechodzimy do pkt 2 – rozpatrzenie propozycji tematów kontroli do planu pracy, podkreślam, na przyszły rok, na przyszłą kadencję Sejmu. Nie wiem więc – przepraszam, to moje osobiste zdanie – czy jest sens na tym etapie to zgłaszać. Przecież nowa Komisja w nowym Sejmie będzie to wtedy zgłaszać.

Czy są propozycje? Nie ma. Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie Komisji.